

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

**Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en
la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo
Rebagliati Martins. Essalud. 2011**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Lorenzo Jorge Barahona Meza

Lima – Perú

2015

ASESOR DE LA TESIS

Dr. Elard Sánchez Tejada

AGRADECIMIENTOS

Muy especialmente al Dr. Jorge O. Alarcón Villaverde
Quien participó en la concepción y desarrollo de la tesis

A los Jefes de los Departamentos de Oncología del Hospital Nacional

Edgardo Rebagliati Martins EsSalud

A los pacientes que participaron gentilmente en la tesis

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres

A Antonieta, Sofía, Lucía y Paloma

A Juan, Lourdes, Willy y Maximiliana

A la Humanidad doliente

Mateo 22, 34-40

El mandamiento principal de la Ley es:

“Amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma,
con todo tu ser.

Y amarás a tu prójimo como a Ti mismo”

ÍNDICE

RESUMEN.....	03
ABSTRACT	04
 CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1 Situación problemática.....	05
1.2 Formulación del problema	05
1.3 Justificación teórica.....	06
1.4 Justificación practica	06
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	
2.1 Objetivo General	06
2.2 Objetivos Específicos.....	07
CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO.....	07
CAPÍTULO 4: MATERIAL Y MÉTODOS	22
CAPÍTULO 5: CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
CAPÍTULO 6: RESULTADOS.....	30
CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES	46
CAPÍTULO 9: RECOMENDACIONES	47
CAPÍTULO 10: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
 ANEXOS	52

Lista de tablas

	Página
Tabla 1	31
Tabla 2	32
Tabla 3	32
Tabla 4	33
Tabla 5	34
Tabla 6....	37
Tabla 7	38

Lista de Figuras

FIGURA 1	35
----------------	----

RESUMEN

Objetivos: Determinar los niveles de estrés, depresión, ansiedad y delirium. Si hay relación entre ellos con el sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de ocupación, creencia religiosa y pronóstico en pacientes adultos con cáncer.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo en 169 pacientes de ambos sexos que conocieron su diagnóstico de cáncer. Ingresaron al estudio de acuerdo a como se fueron internando en los servicios de Oncología del Hospital Rebagliati, Lima, Perú, en el 2012. El estudio no fue aleatorio. Se aplicaron cinco instrumentos validados: la ficha epidemiológica, la escala de autoevaluación de la depresión de Zung, la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung, el Breve cuestionario del estrés y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Previamente los pacientes dieron su consentimiento informado.

Resultados: El estrés estuvo presente en el 50.3 % de los pacientes; la depresión, en 58.6 %; la ansiedad, en 18.3 %; el delirium en el 0.6 %. No tuvieron significación estadística con: el sexo, la edad, nivel de escolaridad, el estado civil, la ocupación, la creencia religiosa o no, y el pronóstico del cáncer. El estrés, la depresión y la ansiedad estuvieron presentes en el 16 % de los casos, el 63 %, presentó por lo menos una de estas condiciones. El estrés estuvo asociado con la depresión (OR 8.6, IC 95 % 3.9-18.8) y con la ansiedad (OR 3.6, IC 95 % 1.1-11.1), en el modelo de regresión logística.

Conclusiones: El 16 %, presentó las tres condiciones patológicas, mayor que en el estudio de magistrados de Lima. El 66.3 %, presentó por lo menos una de ellas. El estrés tuvo relación estadísticamente significativa con la depresión y ansiedad en el modelo de regresión logística. Un tercio, se adaptó bien al estrés que produce la enfermedad. Se recomienda la pronta pesquisa y tratamiento en caso de detección patológica.

Palabras clave: cáncer, estrés, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Objectives: To measure the stress, depression, anxiety and delirium. If there are relation of them with the sex, age, schooling level, civil status, occupation type, believe or not believe in God, cancer prognosis in oncologic patients of the Edgardo Rebagliati Martins Hospital in 2012, Lima, Perú.

Material and methods: I carried out a transversal and descriptive study. A population of 169 patients with cancer diagnostic. The study was not random. Entered to him according to entrance to the oncology services. After informed consent, a questionnaire composed by five previously validated instruments, were applied to measure stress, depression, anxiety, and delirium.

Results: The stress was present in 50.3 %, depression in 58.6 %, anxiety in 18.3 %. There was delirium in one case, 0.6 %. The three firsts conditions were presents in 16 % of the participants and least one in 66.3 %. There had not statistic signification, with the sex, age, schooling level, civil status, occupation type, believe or not believe in God, cancer prognosis. The stress was associated with the depression and the anxiety by logistic regression.

Conclusion: The oncologic patients showed 16 per cent, a significant high levels of stress, depression and anxiety. Two third of them showed at least one of those conditions. The stress was associated to depression (OR: 8.6, IC 95 % 3.9—18.8) and the anxiety (OR: 3.6, IC 95 % 1.1—11.1) by logistic regression. In that perspective, it is advisable to inquiry and intervention of these patients, the most fast possible.

Key words: Cancer, stress, depression, anxiety

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Situación problemática

El cáncer abarca a un grupo de enfermedades que durante muchos siglos produjo un gran temor en la población principalmente por su previsible evolución mortal y también por el desconocimiento de su causa y curación; además, el tener que someterse a intervenciones quirúrgicas traumáticas o tratamientos severos como la radioterapia y quimioterapia. Aunque este panorama dramático haya variado en los últimos decenios, aún persiste la falta de seguridad plena en el control del mal en la mayoría de casos, a pesar de los avances científicos y tecnológicos. (1)

Los médicos eludieron comunicar a sus pacientes que poseían la enfermedad para evitarles terribles sufrimientos y mantenían en secreto el diagnóstico con los familiares. En la actualidad el diagnóstico y cirugía precoces, han ayudado mucho en el tratamiento por abordarlo en su etapa de inicio, evitando la expansión del mal y empeoramiento del pronóstico.

El cáncer se comporta como un trauma o fuente de estrés y produce en el paciente ansiedad, depresión, un nivel alto de estrés, como efectos emocionales en su salud mental. Y delirium(1,2,3)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el efecto emocional en la salud mental frente al impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en pacientes adultos internados en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud 2012 y su relación con algunas variables demográficas y clínicas?

1.3 Justificación teórica

El cáncer funciona como un agente de producción de estrés que genera adaptativamente emociones displacenteras como depresión, ansiedad. Y un cuadro de delirium. (1,3)

1.4 Justificación practica

Nos interesa determinar la producción de estrés, depresión, angustia y delirium. Y si hay relación con las variables: sexo, edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, por creencia religiosa, y el pronóstico en 169 pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, ingresados a lo largo de seis meses de enero a junio del 2012.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar el efecto del impacto del conocimiento de padecer cáncer en la salud mental, con la producción de síntomas emocionales, como estrés, depresión, angustia, y pesquisar algún síntoma de delirium en 169 pacientes adultos de ambos sexos internados en los servicios oncológicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, de enero a junio del 2012 y si existe alguna relación con algunas variables demográficas y clínicas.

2,2 Objetivos específicos

- Determinar que síntomas emocionales como estrés, depresión, angustia. Y, de delirium, se produce en ellos.
- Determinar si hay relación con el sexo con la producción de las condiciones patológicas antedichas.
- Determinar si hay relación con la edad con la producción de las condiciones patológicas referidas.
- Determinar si hay relación con el nivel de escolaridad con la producción de las condiciones patológicas referidas.
- Determinar si hay relación con el estado civil con la producción de las condiciones patológicas referidas.
- Determinar si hay relación con el tipo de ocupación con la producción de las condiciones patológicas referidas
- Determinar si hay relación con la creencia religiosa con la producción de las condiciones patológicas referidas.
- Determinar si hay relación con el tipo de cáncer, según su pronóstico: leve, moderado y grave con la producción de las condiciones patológicas ya referidas.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO

El cáncer funciona como un agente estresante con sus etapas de alarma, resistencia y agotamiento. (1,3,4) La reacción de alarma se divide en dos

fases: shock y contrashock.

En la primera desciende la temperatura corporal y la tensión arterial, se acelera el latido cardiaco y los músculos se distienden.

En la segunda, el cuerpo reacciona para movilizar sus defensas.

En la etapa de resistencia el sujeto evalúa si conviene la huída o el enfrentamiento al ente que produce el estrés, llamado estresor. Hay mayor producción de adrenalina por las glándulas adrenérgicas. Se produce aceleración cardíaca, llegando más sangre al cerebro y a los músculos para preparar el ataque o huída, se respira rápida y profundamente para llevar más oxígeno al organismo, se presenta sudoración para enfriar al cuerpo, las pupilas se dilatan para ver mejor. La etapa de agotamiento ocurre si el estresor es muy severo y prolongado y el sujeto se entrega a las demandas imperativas de éste. Se produce: incredulidad, negación, estrés, depresión, ansiedad. Dentro de los trastornos psiquiátricos que se producen están: el trastorno de adaptación con síntomas de ansiedad o depresión, o ambos; la depresión mayor y el delirium. (1,3,4,5) Bojórquez y Rivera, refieren que el cáncer es una fuente de estrés y produce una respuesta adaptativa con la producción de depresión y angustia.(6) Vásquez-Palomino, refiere que el modo imprudente, sin preparar al paciente previamente, de dar las malas noticias incrementa el potencial de estrés.(7) Zambrano, refiere que el estrés puede producir transitoriamente despersonalización, que se caracteriza porque el sujeto se queja de no ser el mismo, pero sin ser una persona distinta, con sentimiento de extrañeza o irrealidad.(8)

Ello significaría estar fuera del ámbito del concepto de salud mental,

que Bohoslavski y su grupo propuso: (9) “Equilibrio interno, coherencia, capacidad de ponerse en el lugar del otro, aceptación de su rol, tomar al otro como un objeto total, dar y recibir afectos, tener confianza en sí mismo y seguridad y confianza en el otro, interdependencia”, y el de la OMS, que indica que: “Ella, no es sólo la ausencia de un trastorno mental reconocible sino un estado de bienestar en que el individuo manifiesta sus propias habilidades, trabaja productivamente y es capaz de contribuir al bienestar de la comunidad”.(10)

Es importante expresar que en la búsqueda bibliográfica de los cinco últimos años, no se encontró trabajos que correlacionaran cáncer con estrés, depresión, ansiedad y delirium.

Dentro de la patología psiquiátrica en general, están: Los trastornos de la conciencia, de la atención, de la orientación, del pensamiento y lenguaje, de la percepción, de la inteligencia, de la memoria, de la actividad motora y de la afectividad. Dentro de ésta última están, entre otras, las emociones de ansiedad, depresión y estrés. (11)

El cáncer define una serie de enfermedades que a lo largo de la historia de la humanidad han producido un gran temor a la gente por su previsible evolución mortal, la causalidad y curación desconocidas, y su relación con intensos dolores y lesiones desfigurantes.(1,3) La psicooncología reunió datos objetivos sobre el tipo y la frecuencia de esos trastornos, utilizando la clasificación de los trastornos mentales del Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Diseases que tiene diferentes versiones en función del tiempo. (1,3)

Se hizo un estudio de prevalencia (1), en tres centros de tratamiento oncológico en Estados Unidos en 1983, las 215 personas a quienes se les diagnosticó esta patología muestran respuestas características a un agente estresante con sus conocidas etapas de alarma, resistencia y agotamiento. (1,3,4) De acuerdo con la teoría de adaptación general formulada en 1974 por Hans Selye y resumida como una respuesta general inespecífica. (4) Richard Lazarus (1980) (4), definió al estrés como: “El juicio cognitivo del individuo, que produce temor al pensar que sus recursos personales serán incapaces de dar una respuesta efectiva a las demandas generadas por un acontecimiento particular”. Hans Selye (1980) (4), dijo: “Si bien es cierto, que alguna cantidad de estrés es esencial para la vida en su continua adaptación, puede ser perjudicial si tiene un nivel alto”.

Es necesario saber que no es el acontecimiento en sí mismo lo que produce el estrés sino la forma como lo percibe el individuo, entrando en acción las experiencias pasadas de la persona, si fueron exitosas o no, y también la estructura de su personalidad, bien estructurada o no. (4)

La fase inicial se caracteriza por rechazo, negación o desesperación, que dura de dos a cinco días; los pacientes suelen expresar: “Ésto no puede sucederme, deben haberse equivocado con el resultado de otro paciente”, “no hay razón para recibir tratamiento, yo no tengo esa enfermedad y no servirá de nada”. (1)

La segunda fase se presenta con un estado de ánimo disfórico y dura de una a dos semanas. Los pacientes muestran síntomas de ansiedad, depresión, disminución del apetito, insomnio e irritabilidad. La capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas disminuye y aparecen ideas intrusivas sobre la enfermedad y de incertidumbre respecto al futuro. (1)

La tercera fase se caracteriza por la adaptación que se inicia después de algunas semanas. El paciente va integrando la nueva información, confronta los diferentes aspectos de la nueva realidad, descubre razones para seguir adelante y reanuda sus actividades. La adaptación continúa durante meses a partir de recibir el diagnóstico. (1)

El conocimiento que tiene el paciente de la enfermedad, de sus manifestaciones y de los prejuicios que, corrientemente van unidos al cáncer, contribuyen a estas respuestas.

La principal preocupación en el paciente adulto es el miedo a una muerte dolorosa, pero además, temor a posibles discapacidades, o a la alteración de la imagen corporal, como la extirpación de la mama en caso de cáncer de la misma; al deterioro de las funciones corporales y a la pérdida de su independencia. (1,3) Navarrete et al, de la Universidad Autónoma de México (12), refieren que la información de tener cáncer de mama en las pacientes produjo ansiedad.

Los factores que influyen sobre la adaptación psicológica de los pacientes con cáncer son:

1. Médicos: El tipo y la localización del tumor, de menor peligrosidad como el cáncer de piel; de mediana, como el cáncer de próstata; de mayor, como el cáncer de hígado, gastrointestinal, de páncreas, pulmones, cerebro, leucemia. Del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el dolor asociado, el tratamiento requerido, la posibilidad de rehabilitación, la evolución de la enfermedad y la comorbilidad.
2. Relacionados con el paciente: nivel de desarrollo psicológico, como capacidad para enfrentar las dificultades de la vida, para tolerar las fallas en la consecución de sus objetivos, experiencias previas con el cáncer.
3. Sociales: apoyo de la familia y de las amistades, actitudes del entorno ante el cáncer y su tratamiento, prejuicios sobre el mismo; políticas de asistencia sanitaria en general y, en particular, sobre el cáncer; seguro de enfermedad e incapacidad, protección laboral.

La consideración de todos estos factores permitirá al médico una mejor valoración del paciente. Además, el tratamiento lento y difícil, necesita de cierta flexibilidad de éste, para permitir la adaptación emocional.

Con posterioridad a la adaptación inicial, la curación posible cambia la amenaza de muerte y centra la atención en atender sus incertidumbres y los efectos secundarios del tratamiento. Al mismo tiempo, el paciente debe cumplir con sus tareas laborales, familiares y sociales, así como sus cargas económicas.

En cuanto a la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer, las creencias que existen sobre los problemas psicológicos de ellos varían desde: “todos los pacientes sufren trastornos psicológicos y necesitan ayuda psiquiátrica”, al otro extremo: “ningún paciente sufre perturbaciones y, por tanto, ninguno necesita ayuda”. (1)

Se estudió el cáncer en Estados Unidos de América en 1983, en 215 pacientes elegidos al azar, entre hospitalizados y ambulatorios: El 53 % presentó una buena adaptación, con ajuste normal al estrés de la enfermedad; el 47 % restante, mostró sufrimiento suficiente para darles un diagnóstico psiquiátrico. El trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo, ansioso o ambos, ocupó el primer lugar con el 68 %. A continuación se ubicó la depresión profunda, con el 13 %, seguido por el delirium, con el 8 %. Como diagnósticos preexistentes al diagnóstico de cáncer, se presentaron el trastorno de personalidad con el 7 %, y el trastorno por ansiedad preexistente, con el 4 %.

El 89 % de los trastornos psiquiátricos encontrados estaban relacionados con la respuesta mal adaptativa al estrés que producía la enfermedad o a su tratamiento y el 11% restante, representó a los trastornos psiquiátricos previos. (1,3)

El 39 % de todos esos pacientes que recibieron un diagnóstico psiquiátrico sufrían grandes dolores, en cambio, sólo el 19 % de los que no

recibieron un diagnóstico psiquiátrico, presentaron intensos dolores. El 15 % de los pacientes que presentaron dolores importantes tuvieron síntomas de depresión profunda. Se aconseja por ello, tratar primero el dolor y después, volver a evaluar el estado mental del paciente. (1,3)

El Trastorno de Adaptación:

Es el trastorno con mayor prevalencia, llega al 68 % de los trastornos psiquiátricos ligados al cáncer. Se trata de un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen después de un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante. El agente estresante, en este caso el cáncer, puede afectar la integridad de la trama social de la persona o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales. Hay generalmente una predisposición o vulnerabilidad individual, pero el trastorno no se hubiera presentado en ausencia de dicho agente. Las manifestaciones clínicas incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o poder continuar en la situación presente y un deterioro de la rutina diaria. Ninguno de los síntomas referidos justifica un diagnóstico más específico. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.

Cuando los síntomas son graves, los trastornos de adaptación son difíciles de diferenciar de la depresión profunda o de los trastornos por ansiedad generalizada. Un seguimiento regular del enfermo suele aclarar estas dudas diagnósticas. (1,3)

La depresión mayor:

En los pacientes con cáncer el diagnóstico de depresión mayor llega al 13 % de los trastornos psiquiátricos ligados al cáncer y es el segundo en orden de prevalencia. Está en relación al hallazgo de un estado de ánimo decaído, anhedonia, sentimiento de desamparo, desesperanza, minusvalía y culpa; pesimismo, retraimiento social, ideación de preferir estar muerto, intentos de suicidio y suicidio.

El suicidio: el pensamiento y deseo de suicidio son frecuentes en pacientes con cáncer. La incidencia de ideas de suicidio y suicidio es aproximadamente el doble que en la población general. (13) Los factores que señalan la vulnerabilidad al suicidio son: depresión y desesperanza, dolor no controlado, delirium moderado, sentimiento de pérdida de control, fatiga, ansiedad, problemas familiares, amenaza e historia de intentos de suicidio. Psicopatología preexistente, como abuso de sustancias y desorden psiquiátrico mayor. (3)

En algunos estudios encontraron depresión mayor en el 25 % de los pacientes hospitalizados con cáncer. Esta prevalencia de depresión es similar a la observada en pacientes con enfermedades médicas graves. Lo

que sugiere que el determinante primario es el nivel de gravedad de la enfermedad y no el diagnóstico específico (1)

Se ha encontrado que los factores que se asocian a una mayor prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer son:

- Mayor nivel de compromiso físico.
- Estadio más avanzado de la enfermedad.
- Cáncer pancreático.
- Dolor e historia previa de depresión.

La valoración clínica del paciente se realiza mediante un cuidadoso estudio de la sintomatología y de la historia de problemas emocionales, en especial de episodios depresivos previos, la historia familiar de depresión o suicidio, otras tensiones vitales concurrentes y el grado de apoyo social.

Es esencial explorar el conocimiento que tiene el paciente de su situación clínica y del significado que tiene su enfermedad, además, se debe determinar cuál es la contribución del dolor a los síntomas depresivos, porque ningún trastorno psiquiátrico puede diagnosticarse con certeza en tanto no se haya controlado el dolor. (1,3)

De otro lado, es menester tomar en cuenta que muchos fármacos de prescripción habitual pueden provocar síntomas de depresión, como: metildopa, reserpina, barbitúricos, diazepam y propranolol. Además,

algunos quimioterapéuticos utilizados en cáncer producen síntomas depresivos, como: prednisona, dexametasona, vincristina, procarbazona, asparaginasa, anfotericina B, tamoxifeno e interferón; también lo hacen, algunas alteraciones metabólicas, nutricionales, endocrinas y neurológicas. Asimismo, concentraciones séricas anormales de potasio, sodio, calcio, folato, B12, hipo e hipertiroidismo y la insuficiencia suprarrenal. (1,3)

Delirium o encefalopatía aguda (1,3):

Es el tercer diagnóstico en prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer en general, con el 8 %.

Las manifestaciones psiquiátricas del delirium oscilan desde leves y frecuentes alteraciones del estado de ánimo a la psicosis, agitación psicomotora y cambios bruscos de conducta, disminución de la función cognoscitiva, de la atención y de niveles fluctuantes de conciencia; cambios afectivos como: labilidad emocional, euforia, estado de ánimo depresivo, ansiedad, temores, interpretación paranoide de los acontecimientos, ilusiones y alucinaciones. Los síntomas más graves se desarrollan en los primeros cuatro o cinco días de la administración de esteroides a dosis altas o cuando se las disminuye rápidamente, pero también, puede ocurrir cuando a los pacientes se les administra una posología de mantenimiento. (1,3)

Se debe a:

- Los efectos directos del cáncer sobre el sistema nervioso central, como a las complicaciones indirectas de la enfermedad y su tratamiento sobre dicho sistema.
- Se ha observado que del 15 al 20 % de los pacientes hospitalizados con cáncer tienen anomalías de la función cognoscitiva no relacionadas con alguna enfermedad orgánica. (1)
- Alrededor de la quinta parte de las consultas psiquiátricas son para ayuda al diagnóstico y para tratamiento del delirium.
- El delirium suele ser consecuencia de una o varias causas: medicaciones, desequilibrio electrolítico, insuficiencia de un órgano o aparato vital, deficiencias nutricionales, infecciones, enfermedades vasculares o tumores productores de hormonas.

Es conocido que los primeros síntomas de delirium pueden pasar desapercibidos y por lo tanto, no recibir tratamiento. Todo paciente con cáncer que presente en forma brusca agitación psicomotriz, cambio de conducta, disminución de la función cognoscitiva, de la atención y niveles de conciencia fluctuantes, deben ser estudiados para descartar la presencia de delirium.

Es sabido que muchos fármacos pueden producir estados confusionales agudos; por ejemplo, la confusión es un frecuente efecto secundario de los opiáceos. Hay también algunos agentes quimioterapéuticos que producen delirium, como el metotrexato,

fluoruracilo, vincristina, vinblastina, bleomicina, carmustina, cisplatino, asparaginasa, procarbazona, corticosteroides. Otros medicamentos habitualmente usados en pacientes con cáncer también lo producen, como: interleuquina-2, la anfotericina y el aciclovir.

En el estudio realizado se indagó acerca del efecto emocional mal adaptativo que se produce después de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental en 169 pacientes adultos que se fueron internando de enero a junio del 2012 en los servicios de Oncología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud de Lima, Perú.

Dado que el cáncer configura un factor de estrés como ya hemos señalado (1,3,4,6) y, que éste está ampliamente correlacionado con la producción de ansiedad, depresión como lo señala el estudio de Perales et al.(14) Y, por otro lado, una de sus manifestaciones es un cuadro de delirium. (1,3)

Se determinó si hay relación de las alteraciones emocionales antedichas, con algunas variables demográficas y clínicas, como: edad, sexo, grado de escolaridad, estado civil, ocupación, creyente o no creyente como condición religiosa, pronóstico: grave, moderado y leve; comparación del nivel de estrés de los pacientes con el de la población general (15).

Morales-Chávez M, et al en el 2007 en México,(16) encontraron que la prevalencia de depresión fue 14.2 % y de ansiedad, 26.5 % en una muestra de 225 mujeres del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco con diagnóstico confirmado de cáncer de mama.

Gil Moncayo, F et al, en el 2008 en Barcelona, España, (17) encontraron que la prevalencia de depresión fue de 9.3 %, de ansiedad 4.4 % en 400 pacientes oncológicos ambulatorios de ambos sexos que supieron su diagnóstico de cáncer

En el Perú:

Rondón (18) en 1986, en un estudio en 54 pacientes hospitalizados con cáncer, encontró que el 72 % presentó niveles moderados y severos de depresión. No encontró diferencias significativas con el dolor.

Sarabia (19) en 1988, refirió que la prevalencia de la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer llegó al 50%. Con frecuencia no se le reconoce y no se le trata.

Alberca y López-Pousa (20), en 1998 describió demencia en pacientes con gliomatosis cerebral o carcinomatosis meníngea metastásica que se diseminan ampliamente por la corteza cerebral.

Chávez (21), en el 2000 en un estudio en 193 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, encontró una prevalencia de depresión de 30 %, el 5 % tuvo fallas

cognoscitivas, además halló que a mayor instrucción y mayor edad la depresión fue menor, lo mismo que en los pacientes quirúrgicos. Los que recibieron radioterapia tuvieron mayores tasas de depresión.

Vásquez (22), en el 2001, en un estudio en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino en la ciudad de Arequipa, halló predominantemente depresión y somatización.

Guerra y San Martín (23), en el 2005 refirieron que la depresión es una afección comórbida que afecta al 25 % de pacientes con cáncer.

Tejada (24), en el 2005 en 208 pacientes con cáncer en la ciudad de Arequipa, encontró que el 71 % presentó depresión, no hubo diferencias por el sexo. Los pacientes con menor grado de instrucción, desempleados, convivientes, divorciados y los que tenían cáncer avanzado presentaron mayor tasa de depresión.

Como es de notar, los trabajos a nivel nacional encontraron sintomatología depresiva fundamentalmente, a diferencia de los trabajos en el exterior que hallaron: depresión, ansiedad y delirium. En ambos casos no se valoró el nivel de estrés.

Deseamos saber si la ansiedad, depresión, nivel alto de estrés y algún síntoma de delirium se dan desde que toman conocimiento de su mal, en 169 pacientes adultos, de ambos sexos internados en los Departamentos de Oncología Médica, Oncología Ginecológica y Hematología del Hospital E, Rebagliati, EsSalud, de enero a junio del 2012.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Sujetos del estudio: Participaron en el estudio 169 pacientes de ambos sexos internados en los Departamentos de Oncología Médica y Radioterapia, Oncología Ginecológica y Hematología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, se consiguió los permisos por escrito de los Jefes de los Departamentos respectivos. Se hizo el estudio en el lapso de seis meses consecutivos de enero a junio del 2012. Con aquellos pacientes que se fueron internando y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión. La selección no fue aleatoria.

4.2 Tratamiento de los datos

Con las variables continuas, se construyeron categorías de tal manera que tuvieran un mínimo de 30 observaciones, con el fin que los porcentajes fueran consistentes. Con las variables categóricas o nominales, se agruparon en alternativas de respuestas, de tal manera que también se tenga un mínimo de 30 observaciones. Así: Sexo: mujer, hombre. Edad 1: Menor a 35 años, 35 a 54 años. Edad 2: 55 a más años. Estado civil: Por razones de tener compañía o no, se consideró a los que tenían pareja y los que no la tenían. Grado de Instrucción: Primaria/Secundaria; Técnica/Superior. Ocupación: Desocupado, ocupado. Pronóstico: Grave, mediano y leve. Por creencia religiosa o no.

Se estimó las diferencias de las prevalencias según las características consideradas en el estudio. Se obtuvieron los odds ratios (OR) (25)(26), los cuales miden el sobrerriesgo que tendría la prevalencia mayor de la menor en cada categoría. Para poder obtener los OR, todas las variables de características fueron transformadas para tener sólo dos categorías, una con aquella alternativa que tuvo la más alta prevalencia y la otra, con la que tuvo la menor. Por ejemplo con el estado civil se construyeron las categorías sin pareja y con pareja. Se acepta como significativa estadísticamente si el intervalo de confianza del OR al 95 %, no contiene el valor de 1. Por ejemplo en la categoría del estrés, el OR del factor sexo fue 1.448 con un intervalo de confianza de 0.777 a 2.700, el cual incluye el valor de 1, indicando ello que la diferencia por sexo no es estadísticamente significativa.

Se tomó la información de cada persona que ingresó al estudio, previa comprobación del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, y de la obtención del consentimiento informado. El análisis consistió en la descripción estadística de las variables principales y de todas las variables recogidas durante el estudio. Luego se consideraron las asociaciones entre las variables principales y los factores considerados en el estudio. La asociación y el grado de significación se establecieron mediante los OR. Se usó el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. Los resultados se presentan mediante tablas y figuras.

4.3 Criterios de Inclusión:

4.3.1. Los pacientes conocieron su diagnóstico de cáncer.

4.3.2 La edad fue entre 18 a 65 años, para evitar los extremos de la vida en los cuales se puede presentar trastornos de adaptación, por la búsqueda de identidad en los adolescentes y condiciones de vulnerabilidad en personas de la tercera edad por pérdida de recursos físicos y mentales.

4.3.3 El tiempo de enfermedad fue no mayor a seis meses, por presentarse un proceso de adaptación psicosocial después de ese período.

4.4 Criterios de Exclusión:

4.4.1 A pacientes que no dieron su consentimiento informado.

4.4.2 A pacientes con antecedente de trastorno psiquiátrico, previo al estudio.

4.4.3 A pacientes en la condición de terminales.

4.4.4 Que el estado físico o mental imposibilitaran la comunicación y colaboración en la aplicación de los instrumentos del estudio

4.4.5 A pacientes que presentaron dolor, porque ello puede enmascarar psicopatología

4.4.6 A pacientes que recibieron medicación que produzca depresión.

4.5 Tipo de estudio:

Observacional, descriptivo, de corte transversal.

4.6 Instrumentos:

4.6.1 Consentimiento informado y firmado por los pacientes, que fue a un sistema de codificación personal para asegurar la confidencialidad de ellos. (Anexo 1)

4.6.2 Ficha epidemiológica de datos personales, basada en la Ficha Epidemiológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, (27)(Anexo2) que fue anónima en salvaguarda de la identidad del paciente en la que se incluyó: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, creencia religiosa o no, ausencia de antecedentes psiquiátricos, de dolor, de que no recibieron medicación que produzca depresión y el tipo de pronóstico del cáncer: leve, moderado o grave.

4.6.3 El Breve cuestionario sobre el estrés, validado en Lima por Perales A, et al., (28) extraído de: “The relief worker burnout questionnaire”, en Coping with disaster. Un manual preparado para Mental Health Workers without Borders por John H. Ehrenreich en 1999. Consta de trece ítems con un puntaje de 0 a 4 en cada uno, de acuerdo a la intensidad. Discrimina nivel de estrés.

4.6.4 La Escala de autoevaluación de la depresión de Zung (29). Validada en Lima por Novara et al (30). Consta de veinte ítems. Discrimina nivel de depresión.

4.6.5 La Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung. Validada en Lima por Perales et al (32). Consta de veinte ítems. Discrimina síntomas de ansiedad.

4.6.6 El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, de amplio uso en el Perú, de la versión española del Mini-Mental-Status-Examination de Folstein et al, 1975. Validado por Lobo et al en 1979. Consta de catorce ítems, para la evaluación de la función cognoscitiva. (33)

4.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

El conocimiento de poseer el diagnóstico de cáncer por parte del paciente, estuvo en relación al conocimiento que tuvo él de su enfermedad referida por su médico tratante.

El nivel de estrés. Fue valorado por el Breve Cuestionario sobre El Estrés (28). Cuyo puntaje mayor a 35 es elevado; de 26 a 35, moderado; de 16 a 25, bajo, y de 0 a 15 con buen manejo del estrés.

Estrés, proviene del inglés stress que significa tensión, aprieto. Es generado por situaciones naturales agobiantes o producidas por el hombre, que pueden producir respuestas maladaptativas como depresión y/o angustia.(6) Es el juicio cognitivo que produce temor al pensar que los recursos personales no son suficientes para dar una respuesta efectiva a las demandas generadas por un acontecimiento estresante particular.

El nivel de depresión. Se le determinó por el uso de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (29), validado en Lima por

Novara et al (30). Se considera alta con puntaje mayor a 63; mediana o leve, de 38 a 62; Controles normales, hasta 37. El instrumento fue autoaplicado y supervisado por el investigador.

La depresión. (31) Es un estado de ánimo anormal caracterizado por abatimiento o pesadumbre, pérdida del interés y satisfacción, acompañado por una actitud negativa referida al presente, pasado y futuro, con emociones de desamparo, desesperanza, incapacidad de experimentar gozo, retraimiento social, minusvalía, culpa, ideación de preferir estar muerto, puede acompañarse de ideas e intento de suicidio o suicidio, con manifestaciones somáticas que denotan inhibición funcional. Es uno de los síntomas más comunes y aparece como un síndrome propio o asociado a otros síndromes.

El nivel de ansiedad. Se le determinó por el uso de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (31). Se considera alta con puntaje mayor a 60, moderada a leve de 45 a 59 y normal hasta 44. Igualmente fue autoaplicada y supervisada por el investigador.

La ansiedad o angustia (Del Latín angostura, dificultad)(32) Es una emoción cuyo atributo es una sensación de amenaza imprecisa e indefinida que se acompaña de vivencias de desamparo e impotencia y reacciones biológicas de alerta o activación cortical, neurovegetativa y medular. Se vive una amenaza a los sistemas de seguridad del individuo, se acompaña de inquietud, tensión corporal incrementada, manos húmedas, palpitaciones e insomnio inicial. Es anormal cuando es muy

intensa y duradera. Se presenta aisladamente o asociada a otros síntomas como: fobias, obsesiones, histeria, depresión y psicosis.

Delirium. Aquí se incluyó a la confusión mental aguda, desorientación temporo-espacial, agitación psicomotriz y labilidad emocional. Hay que diferenciarlo de **Delirio** que según Frazier y colaboradores,(33) es la delusión o falsa creencia no reversible pese a las explicaciones racionales y objetivas.

El delirium fue valorada por el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (34), que es un método práctico para la valoración del estado cognoscitivo; la puntuación 28 a 35 es normal; 24 a 27, limítrofe; de 20 a 23, deterioro leve; de 15 a 19, deterioro moderado. Menos de 15, deterioro severo.

Delirium.(33) Es una patología mental aguda con oscilaciones leves y frecuentes del estado de ánimo, agitación psicomotora y cambios bruscos de conducta, disminución de la función cognoscitiva, de la atención, de niveles fluctuantes de conciencia, labilidad del humor, euforia, depresión, ansiedad, temores; interpretación paranoide de la realidad, ilusiones y alucinaciones. Suele ser consecuencia de una o varias causas: medicaciones, desequilibrio electrolítico, insuficiencia de un órgano o aparato vital, deficiencias nutricionales, infecciones, enfermedades vasculares o tumores productores de hormonas

Edad. Variable cuantitativa continúa.

Sexo: Masculino y femenino. Escala nominal.

Escolaridad: Con primaria, secundaria; superior técnica y universitaria.

Estado civil: Se prefirió separar a los que tienen pareja de los que no la tienen por el efecto protector de una compañía.

Ocupación: Profesional, con formación técnica o universitaria; no profesional, desocupado.

Creencia religiosa o no. Ausencia de antecedentes psiquiátricos.

Ausencia de dolor. No haberlo presentado al ingresar al estudio.

No recibir medicación que produzca depresión. Presencia o no de delirium

Tipo de pronóstico del cáncer. De leve gravedad como cáncer de piel, de moderada gravedad como cáncer de próstata. De alta gravedad como cáncer de hígado, pulmones, páncreas, de sangre, de cerebro.

CAPÍTULO 5

CONSIDERACIONES ÉTICAS

5.1 Se contó con el permiso oficial respectivo del Comité Científico del Departamento de Capacitación del Hospital Rebagliati para realizar el estudio.

5.2 Se contó con la aprobación respectiva del Comité de Ética del Hospital Rebagliati.

5.3 Se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los pacientes participantes en el estudio. Se registró a ellos, en un sistema de codificación personal para asegurar su confidencialidad. Su participación consistió en responder a las diferentes escalas y cuestionarios del estudio.

(Anexo 1)

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Características de la población investigada.

La población constó de 169 personas, todas aseguradas por EsSalud. El total, conoció su diagnóstico por su médico tratante. El 38.5 fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 46 años, el 54.4 % tuvo 45 años o más, el 76.9 %, tenía pareja, el 47.3 % nació en Lima, el 43.8 % tuvo instrucción superior, el 81.7 % tuvo ocupación laboral, el 53.8 % tuvo pronóstico grave. Los creyentes fueron el 98.8 % y presentaron delirium el 0.6 %. Ver tabla 1. No se detectaron casos de despersonalización.

Tabla 1.
Características de la población estudiada en pacientes con cáncer.
Hospital Rebagliati 2012

Característica	Cantidad	%
Sexo		
Masculino	65	38,5
Femenino	104	61,5
Edad		
< 35	35	20,7
35 a 44	42	24,9
45 a 54	32	18,9
55 y +	60	35,5
Estado civil		
Sin pareja	53	31.4
Con pareja	116	68.6
Nivel educativo		
Primaria-secundaria	49	29,0
Técnico	46	27,2
Superior	74	43,8
Ocupación		
Ocupado	138	81.7
Desocupado	31	18,3
Origen		
Lima	80	47,3
Resto del país	89	52,7
Pronóstico		
Leve	1	,6
Mediano	77	45,6
Grave	91	53,8
Creyentes	168	98.8
Delirium	01	0.6
Total	169	100

Tabla 2.
Prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en pacientes que recibieron el diagnóstico de cáncer. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2012

	Prevalencia	Intervalo de confianza al 95%	
	(%)	límite Inferior	Límite Superior
Estrés	50.3	42.7	57.9
Depresión	58.6	51.1	66.1
Ansiedad	18.3	12.4	24.2

En la tabla 2 se observa los porcentajes de prevalencia de estrés, depresión y de angustia. Con los intervalos de confianza al 95 %

Tabla 3.
Prevalencia de estrés y factores asociados en pacientes que recibieron el diagnóstico de cáncer. Hospital Rebagliati 2012, odds ratios y sus límites de confianza, según diferentes características

Característica	Categoría	Prevalencia (%)	OddsRatios		
			Valor puntual	Limt. Infer	Limt. Sup.
Sexo	Mujer	61.5	1.448	0.777	2.700
	Hombre	38.5			
Edad 1	< 35	20.7	1.765	0.780	3.992
	35 a54	43.8			
Edad 2	55 y más	35.5	1.176	0.595	2.327
	35 a54	43.8			
Estado civil	Con pareja	68.6	1.626	0.787	3.358
	Sin pareja	31.4			
Grado de instrucción	Primaria/secundaria	29.0	1.312	0.673	2.556
	Técnica/superior	71.0			
Ocupación	Desocupado	18.3	2.042	0.910	4.581
	ocupado	81.7			
Pronóstico	Grave	53.8	1.124	0.614	2.059
	leve/mediano	46.2			

En la tabla 3, Se observa que ninguna de las características tiene significación estadística con el estrés, aunque en los desocupados se aproxima a 1 en el límite inferior

Tabla 4
Prevalencia de depresión y factores asociados en pacientes que recibieron el diagnóstico de cáncer. Hospital Rebagliati 2012, odds ratios y sus límites de confianza, según diferentes características

Característica	Categoría	Prevalencia (%)	Odds Ratios		
			Valor puntual	Lím. Inf.	Lím. Sup.
Sexo	Mujer	60.6	1.238	0.661	2.318
	Hombre	55.4			
Edad 1	< 35	62.9	1.362	0.597	3.107
	35 a54	55.4			
Edad 2	55 y más	60.0	1.207	0.605	2.408
	35 a54	55.4			
Estado civil	Con pareja	61.5	1.684	0.819	3.462
	Sin pareja	48.7			
Grado de instrucción	Primaria/secundaria	65.3	1.489	0.747	2.968
	Técnica/superior	55.8			
Ocupación	Desocupado	64.5	1.358	0.604	3.050
	Ocupado	57.2			
Pronóstico	Grave	60.4	1.181	0.639	2.181
	leve/mediano	56.4			
Estrés	Estrés	84.7	11.692	5.538	24.687
	Normal	32.1			

En la tabla 4, se observa que los que tienen estrés poseen 11.69 veces más de tener depresión que los que no lo tienen y tiene significación estadística porque los límites de confianza no contienen a 1. Las demás características no tuvieron significación estadística con la depresión.

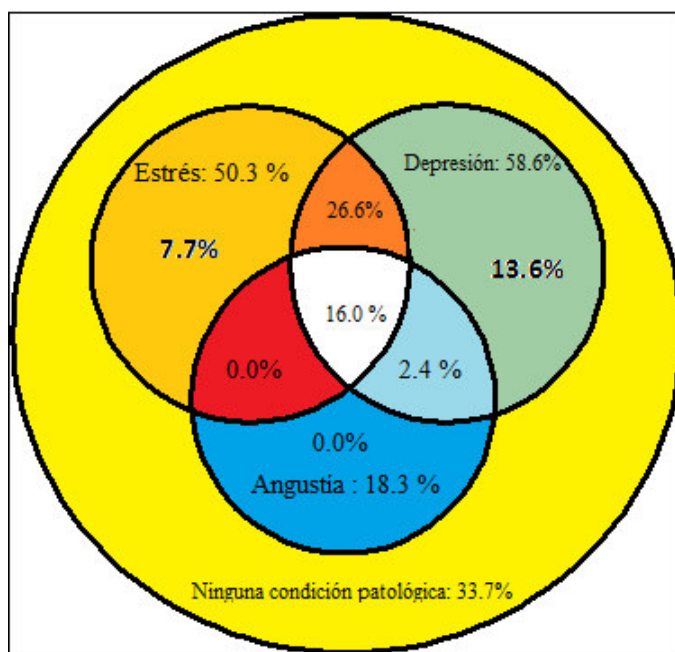
Tabla 5
Prevalencia de ansiedad y factores asociados en pacientes que recibieron el diagnóstico de cáncer. Hospital Rebagliati 2012, odds ratios y sus límites de confianza, según diferentes características

Característica	Categoría	Prevalencia (%)	Odds ratios		
			Valor puntual	Lim. In	Lim. Sup.
Sexo	Mujer	19.2	1.169	0.519	2.631
	Hombre	16.9			
Edad 1	< 35	25.7	2.215	0.807	6.078
	35 a 54	13.5			
Edad 2	55 y más	20.0	1.600	0.638	4.010
	35 a 54	13.5			
Estado civil	Con pareja	18.5	1.035	0.408	2.624
	Sin pareja	17.9			
Grado de instrucción	Primaria/secundaria	26.5	2.046	0.912	4.592
	Técnica/superior	15.0			
Ocupación	Desocupado	22.6	1.385	0.536	3.582
	Ocupado	17.4			
Pronóstico	Grave	19.8	1.233	0.561	2.711
	leve/mediano	16.7			
Estrés	Estrés	31.8	9.310	3.089	28.057
	Normal	4.8			

En la tabla 5, se observa que los que tienen estrés tienen 9.31 veces más de poseer ansiedad que los que no lo tienen. Tiene significación estadística porque el intervalo de confianza del OR no contiene a 1. Las demás características no tuvieron significación estadística con la ansiedad.

El 66.3 % de los pacientes presentó por lo menos una de las tres condiciones patológicas: estrés, depresión o ansiedad; dentro de este grupo, el 16.0 % presentó las tres condiciones (IC 95 %: 10.4-21.6), y el 50.3 % restante, presentó entre una o dos de las condiciones patológicas. El 33.7 % de todos los pacientes investigados no presentó ninguna de las tres, (IC 95 %: 26.5-40.9). En el gráfico 1 se presenta la distribución de los casos investigados según la cantidad de condiciones patológicas detectadas.

FIGURA 1.
Distribución de la población investigada según la cantidad de condiciones patológicas detectadas. En pacientes con cáncer. Hospital E. Rebagliati M. 2012



Se observa en el gráfico 1, que el 7.7 % padeció sólo de estrés, el 13.6 % sólo de depresión, y que no hubieron casos que padecieron sólo de ansiedad. A continuación se pone énfasis en la presencia simultánea de las tres condiciones patológicas.

El 16.0 % de todos los pacientes investigados presentaron la concurrencia de estrés, depresión y angustia, asumiéndose que éste sería un grupo de alto interés para el estudio de la salud mental de las personas diagnosticadas de cáncer. Al indagar por los factores asociados al riesgo de sufrir de esta triada de condiciones, se encontró que las personas menores de 35 años tiene un 89.6% más riesgo de sufrirlas que los que tienen de 35 a 54 años, Asimismo, las personas que tienen menor nivel de instrucción (primaria – secundaria) tienen 88.2%, más riesgo que los que tienen mayores estudios; sin embargo, estas afirmaciones no pueden ser concluyentes porque estas diferencias no aparecen como significativas debido a la pequeña cantidad de casos de la población estudiada. Las otras características consideradas tampoco tuvieron diferencias significativas.

Tabla 6.**Prevalencia de estrés y factores asociados en pacientes con cáncer.****Hospital E. Rebagliati M. 2012**

Característica	Categoría	Estrés					
		Con estrés		Sin estrés		Total	OR
		Número	%	Número	%		
Sexo	Femenino	56	53.80%	48	46.20%	104	1.4(0.7-2.8)
	Masculino	29	44.60%	36	55.40%	65	
Edad	<35	21	60.00%	14	40.00%	35	1.6(0.7-3.8)
	35 y más	64	47.80%	70	52.20%	134	
Estado civil	Con pareja	61	52.60%	55	47.40%	116	1.3(0.7-2.7)
	Sin pareja	24	45.30%	29	54.70%	53	
Instrucción	Primaria/Secundaria	55	33.1%	56	33.6%	111	1.312(0.673-2.556)
	Técnica/superior	48	28.7%	10	5.9%	58	
Ocupación	Desocupado	20	64.50%	11	35.50%	31	2.0(0.9-5.1)
	Ocupado	65	47.10%	73	52.90%	138	
Depresión	Con depresión	72	72.70%	27	27.30%	99	11.7(5.2-26.1)
	Sin depresión	13	18.60%	57	81.40%	70	
Ansiedad	Con ansiedad	27	87.10%	4	12.90%	31	9.2(3.0-38.1)
	Sin ansiedad	58	42.00%	80	58.00%	138	

En la tabla 6, se observa que los que tienen estrés poseen 11.7 veces más de tener depresión que los que no lo tienen y el OR es significativo estadísticamente. Lo mismo, los que tienen estrés poseen 9.2 veces más de tener Ansiedad, que los que no lo tienen y el OR es significativo estadísticamente. Las otras características no la tuvieron.

Tabla 7.

Modelo de regresión logística de Estrés ajustado a Depresión y Ansiedad en pacientes con cáncer. Hospital E. Rebagliati M. 2012

	OR Crudo	OR Ajustado	I.C. 95% para OR ajustado Inferior Superior		P.
Depresión (si/no)	11.7	8.6	3.9	18.8	.000
Ansiedad (si/no)	9.2	3.6	1.1	11.1	.037

En la tabla 7, se observa que en la regresión logística, para evitar a las variables confusoras, el OR de estrés ajustado a depresión y ansiedad ha disminuido, pero aún así, son estadísticamente significativas.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

El estrés es una condición de tensión física y psicológica que experimentan los seres humanos en particular y los seres vivos en general. Los desencadenantes del estrés se denominan estresores y el medio donde actúan, situación estresante.

El estrés ha sido estudiado desde diferentes modos de explicación. Hans Selye (4), pionero de su investigación, definió su teoría General de Adaptación que sufre todo ser vivo en su adaptación continua al medio ambiente. En 1974, explicó su teoría como una Respuesta General Inespecífica al Estrés.

En 1980 (4) Lazarus, definió al estrés como: “El juicio cognitivo del individuo que le produce temor al pensar que sus recursos personales serán incapaces de dar una respuesta efectiva a las demandas de un acontecimiento particular”.

Hans Selye (4), refirió que cierta cantidad de estrés es esencial para mantener la vida saludable, pero que puede ser perjudicial si el nivel es alto.

Es necesario saber (4) que no es el acontecimiento estresante en sí mismo lo que produce el estrés, sino la forma como lo percibe el sujeto con

mecanismos de distorsión, pudiendo considerar como estresante algo que no lo es en realidad.

Entran en acción las experiencias pasadas del individuo, si fueron exitosas o no, la estructura de su personalidad si está bien estructurada o no. (4)

El cáncer funciona como un agente estresante, con sus etapas de alarma, resistencia y agotamiento. (1,3,4,6) La reacción de alarma se divide en dos fases: shock y contrashock. En la primera, desciende la temperatura corporal y la tensión arterial, se acelera el latido cardiaco y los músculos se distienden. En la segunda, el organismo reacciona para movilizar sus defensas. En la etapa de resistencia el sujeto evalúa si conviene la huída o el enfrentamiento al ente que produce el estrés. Hay mayor producción de adrenalina por las glándulas adrenérgicas, se produce aceleración cardiaca llegando más sangre al cerebro y a los músculos para preparar el ataque o huída, se respira rápida y profundamente para llevar más oxígeno al organismo, hay sudoración para enfriar el cuerpo y las pupilas se dilatan para ver mejor.

La etapa de agotamiento ocurre si el estresor es muy severo y prolongado y el sujeto se entrega a las demandas imperativas de éste. Se produce incredulidad, negación, ansiedad, depresión, aumento del nivel de estrés y delirium. El sujeto experimenta temor a la muerte, a quedar desfigurado y a la invalidez. (1,3)

Al saberse indefensos se produce inhibición inmunológica y se reducen los mecanismos biológicos de defensa aumentando el riesgo de sufrir enfermedades particularmente en aquellas que tienen predisposición genética. (14)

En un estudio en tres centros de tratamiento del cáncer en Estados Unidos de Norteamérica en 1983 en 215 pacientes elegidos al azar entre hospitalizados y ambulatorios. El 53 % presentó una buena adaptación, el 47 % restante mostró síntomas suficientes para darles un diagnóstico psiquiátrico. El trastorno de adaptación ocupó el primer lugar con el 68 % de los que poseían trastorno psiquiátrico, luego se ubicó la depresión profunda con el 13 % y finalmente el delirium, con el 8 %. Como diagnósticos preexistentes al diagnóstico de cáncer estuvieron el trastorno de personalidad con el 7 % y el trastorno de ansiedad, con el 4 %.(1)

Los factores que influyen sobre la adaptación psicológica de los pacientes con cáncer son: (1)

1. Médicos: el tipo y localización del cáncer, de menor peligrosidad como el cáncer de piel, de mediana, como el cáncer de próstata y de mayor, como el cáncer de hígado, gastrointestinal, de páncreas, pulmones, cerebro, leucemia. Del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el dolor asociado, la posibilidad de rehabilitación, la evolución de la enfermedad y la comorbilidad.

2. Relacionados con el paciente: nivel de desarrollo psicológico, como capacidad para enfrentar las dificultades de la vida, tolerancia a las fallas en la consecución de sus objetivos, experiencias previas con el cáncer.
3. Sociales: como el apoyo de la familia y de las amistades, actitudes del entorno hacia el cáncer y su tratamiento, prejuicios sobre el mismo, políticas de asistencia sanitaria en general y en particular sobre el cáncer, seguro de enfermedad e incapacidad y protección laboral.

Con posterioridad a la adaptación inicial, la curación posible cambia la amenaza de muerte y centra su atención en cumplir con sus tareas laborales, familiares y sociales, así como a sus cargas económicas.

Los efectos del cáncer en las emociones:

Morales-Chávez et al, en el 2007 en México (16), encontraron que la prevalencia de depresión fue 14.2 % y de ansiedad, 26.5 %. En una muestra de 225 pacientes mujeres con cáncer del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco.

Gil Moncayo et al, en el 2008 en Barcelona, España (17) encontraron que la prevalencia de depresión fue de 9.3 % y de angustia 4.4 % en 400 pacientes oncológicos ambulatorios de ambos sexos que conocieron su diagnóstico de cáncer.

En el Perú:

Rondón (18), en un estudio en 54 pacientes hospitalizados con cáncer el 72 % presentó niveles moderados y severos de depresión, no halló diferencias significativas con el dolor.

Sarabia (19), en 1988 refirió que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer llega al 50 %.

Alberca y López-Pousa (20), en 1998 describieron demencia en pacientes con gliomatosis cerebral o carcinomatosis meníngea metastásica que se diseminan ampliamente por la corteza cerebral.

Chávez (21), en el 2000, en un estudio en 193 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas encontró una prevalencia de 30 % de depresión, el 5 %, tuvo fallas cognoscitivas. Además, halló que a mayor instrucción, mayor edad y en pacientes quirúrgicos la depresión es menor.

Vásquez (22), en el 2001 en un estudio en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino en la ciudad de Arequipa, encontró predominantemente depresión y somatización.

Guerra y San Martín (23), en el 2005 encontraron que la depresión es una afección comórbida que afecta al 50 % de pacientes con cáncer.

Tejada (24), en el 2005 en 208 pacientes con cáncer en la ciudad de Arequipa, encontró que el 71 % presentó depresión, no hubo diferencias por el sexo. Los pacientes con menor grado de instrucción, desempleados,

convivientes, divorciados y los que tuvieron cáncer avanzado presentaron mayor tasa de depresión.

Como se observa, a nivel nacional se encontró fundamentalmente depresión y a nivel internacional depresión y angustia, no se evaluó el nivel de estrés.

En la tabla 2 La prevalencia puntual de estrés fue de 50.3 %, de depresión 58.6 % y la de Ansiedad, 18.3 %. Comparando estos hallazgos con el estudio Estrés, Ansiedad y Depresión en Magistrados de Lima (14), con poblaciones diferentes pero utilizando la misma metodología, salvo el cuestionario de estrés laboral. Se observa que nuestros valores de prevalencia son mucho mayores que el 18.5% de estrés, 15.6 % de depresión y 12.5 de ansiedad. Lo cual nos llevaría a pensar que la prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en cáncer son superiores claramente a la de los magistrados y más aún, a los de la población general(15) del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud 2002, que fue: 34.9 %, 6.6 % y 7.3 % respectivamente. Aunque es necesario decir que la metodología y población fueron diferentes.

En psiquiatría es frecuente notar el fenómeno de la comorbilidad, en nuestro estudio el 16 % tuvo presencia simultánea de estrés, depresión y ansiedad, digno de tomarse en cuenta para el abordaje terapéutico. El 66 % presentó por lo menos una de estas condiciones patológicas. El 33.7 % no presentó ninguna de ellas, lo que significaría que tienen buena capacidad de adaptación a experiencias adversas como el cáncer y tendrían personalidad bien estructurada. Ver Figura 1.

En el presente estudio las características como sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, creencia o no creencia religiosa y pronóstico del cáncer, no alcanzaron significación estadística con el estrés, depresión y ansiedad, aunque en los desocupados se aproxima a 1 en el límite inferior del intervalo de confianza al 95 %. Ver tabla 3.

En la tabla 4, se puede observar que los pacientes que tienen estrés tienen 11.69 veces más de tener depresión que los que no lo tienen, con validez estadísticamente significativa.

En la tabla 5, se observa que los pacientes que tienen estrés tienen 9.31 veces más de tener ansiedad que los que no lo tienen, con validez estadísticamente significativa.

El hallazgo de la asociación entre estrés con depresión y ansiedad, tienen valores estadísticamente significativos y corresponderían a una mala adaptación al estrés. Ver tabla 6.

En la tabla 7 se observa que el OR de Estrés ajustado a Depresión y Ansiedad, en el modelo de regresión logística, para evitar la acción de variables confusoras, disminuye pero, aún así, tienen significación estadística, lo cual nos permite considerar su alta asociación en cuadros donde se presenta el estrés en una enfermedad tan seria como el cáncer.

Es necesario expresar que en la búsqueda bibliográfica de los últimos cinco años no se encontró trabajos que correlacionaran al cáncer con estrés, depresión, ansiedad y delirium.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

8.1.1 El cáncer funcionaría como un estresor

8.1.2 No tuvieron significación estadística con el estrés, depresión y ansiedad, las variables como: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, creencia religiosa y pronóstico del cáncer

8.1.3. Hay una alta asociación entre estrés con depresión y ansiedad con valores estadísticamente significativos, aún en el modelo de regresión logística, que correspondería a una mala respuesta adaptativa al estrés. Ya que sin éste, ellas no se hubieran presentado.

8.1.4 Encontramos delirium en un solo caso, el 0.6 % de los pacientes

8.1.5. El 16 % de los casos presentó simultáneamente estrés, depresión y ansiedad, Que conviene tomar en cuenta para fines de tratamiento

8.1.6. Un tercio de los pacientes estudiados se adaptó bien al estrés que produce el cáncer

8.1.7. No encontramos casos de despersonalización

CAPÍTULO 9: RECOMENDACIONES

- 9.1. Pesquisar trastornos de la salud mental lo más pronto posible en pacientes con cáncer, para su tratamiento
- 9.2 Replicar este estudio en otros hospitales con servicios oncológicos para efectos de comparación
- 9.3 Aumentar el número de casos a estudiar para descubrir consistencias con las variables sociodemográficas
- 9.4 Tener cuidado al dar malas noticias, conviene considerar la personalidad y la preparación previa del paciente con cáncer.

CAPÍTULO 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Massie Mary J, Spiegel Ladd M, Holland J. Complicaciones psiquiátricas de los pacientes con cáncer. En: Oncología Clínica. 1996; 2: 768-783. OPS/OMS. Washington D.C, EUA.
2. Shalev A. Estrés traumático y sus consecuencias: Manual para el personal de asistencia profesional. Patogénesis y Psicopatología. OPS. 2009; 23-8. Washington, D.C.
3. Kaplan H, Sadock B. Psicooncología. En Sinopsis de Psiquiatría. Sadock B, Sadock V. 10ª Edición. Tomo II: 837-838. Williams & Wilkins. Baltimore, Maryland. USA. 2009.
4. Papalia D, Wendkos S, Qué es el Estrés? Psicología.1997; 1: 363-91. Mc Graw-Hill. México, D.F.
5. Sala V. La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. Rev. Colomb Psiquiatr. 2002. 31(3), 225-36.
6. Bojórquez E, Rivera F. Trastorno de adaptación. En Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo” UNMSM Lima, 2008; 223-27:
7. Vásquez-Palomino F. Mis Amigos los Pacientes. UNMSM Lima, 2002
8. Zambrano M. Trastornos de la conciencia del yo. En Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. UNMSM Lima, 2008; 60
9. Bohoslavsky et al, En el Trastorno Mental. Psiquiatría. G. Vidal, Renato Alarcón. Editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 1986; 203.

10. Desjarlais R, et al. Salud Mental en el Mundo. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Washington, D.C. 1997
11. Zambrano M, Semiología Psiquiátrica en Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. UNMSM, 2008, 43-46.
12. Navarrete E, Farfán M, Santos A. Dolores de pecho: ansiedad que provoca la información del cáncer en mujeres que lo padecen. Interpsiquis I; 2011
13. Cancer Patients at Increase Risk for Suicide. J Clin Oncol. 2008; 26.
14. Perales A, Chue H, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2011; 28(4).
15. Saavedra J, et al. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Anales de Salud Mental IESM. 2002;17(1).
16. Morales-Chávez M et al. Las Mujeres Mexicanas con Cáncer de Mama Presentan una alta Prevalencia de depresión y Ansiedad. Salud Pública de México. 2007; 49(4).
17. Gil Moncayo F, et al. Adaptación Psicológica y Prevalencia de Trastornos Mentales en Pacientes con Cáncer. Med Clin (Barc). 2008, 130(3): 90-2
18. Rondón M. Síndrome Depresivo en Pacientes con Cáncer. Tesis de Bachiller en Medicina. UNSA. Fac. de Medicina. Arequipa. 1986
19. Sarabia S. Depresión y Condiciones Médicas. Diagnóstico 1998; 37(3).
20. Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Panamericana. I: 694. Madrid. 1998.

21. Chávez J. Prevalencia y Factores Asociados a Depresión en Pacientes Oncológicos Hospitalizados. Tesis de Bachiller en Medicina. UPCH. Lima 2000.
22. Vásquez L. Estilos de Afrontamiento y Algunos Trastornos Psicológicos en Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino en la ciudad de Arequipa. Tesis de Magíster en Psicología Clínica. UPCH. Lima. 2001
23. Guerra M, San Martín JC. Cáncer y Depresión. En: Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. Psiquiatría. II. OPS. Washington. 2005,811
24. Tejada R. Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer. Tesis de bachiller en Medicina. UNSA, Arequipa 2005.
25. Argimon J, Jiménez J. Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica. Elsevier, Madrid 2004, 4,331-34
26. Perales A, Sogi C. Epidemiología Psiquiátrica. En Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Lima, Perú. UNMSM, 2008, 95-103
27. Ficha Epidemiológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/DGE-V. 01
28. Ehrenreich J H. Breve Cuestionario sobre el Estrés. Validado en Lima. “The relief worker burnout questionnaire”, Mental Health Workers without Borders. 1999.
29. Zung WWK. A Self Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry. 1965, 12: 63-70.
30. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y Correlación de las Escalas de Beck, Hamilton y Zung para Depresión en Población de Lima Metropolitana. INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Lima 1985.

31. Zung WWK. A Rating Instrument for Anxiety Disorders. Psychosomatics, 1971. 12: 371-79.
32. Rotondo H. Diccionario Abreviado de Términos Usuales en Psicología y Psiquiatría. UNMSM. Lima 1973
33. Frazier S, Campbell R, Marshall M, Werner A. Diccionario de Psiquiatría. Trillas.Mexico 2008
34. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Versión española del Mini Mental Status Examination de Folstein ME et al, 1975. The cognitive state of patient for the clinician. Validado por Lobo et al. 1979. En Compendio de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. Lima, Perú. UNMSM, 2008:131-2.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con DNI.....

Acepto participar voluntariamente en el estudio: “Efectos del conocimiento de poseer el diagnóstico de cáncer en la salud mental”. Se me ha explicado acerca de la utilidad de la detección temprana de los síntomas emocionales que podría haber en los enfermos con cáncer para su pronta atención. Sé además, que no perturbará a mi salud el participar en él. Mi participación consistirá en dar respuesta a las diferentes escalas y cuestionarios del estudio.

Tesis Doctoral de Lorenzo Barahona Meza. Universidad Nacional de San Marcos. Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud.

Lima,

Firma

ANEXO 02

FICHA EPIDEMIOLÓGICA ANÓNIMA

Tesis Doctoral: "Efectos de Recibir el Diagnóstico de Cáncer en la Salud Mental de Pacientes Adultos del Hospital Rebagliati, 2011"

Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Hospital
Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud

FECHA DE REGISTRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	LUGAR DE REGISTRO	<input type="text"/>												
	D	D	M	M	AÑO														
SEXO	<input type="checkbox"/>	1.MASCULINO 2. FEMENINO																	
FECHA DE NACIMEINTO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EDAD	<input type="text"/>												
	D	D	M	M	AÑO														
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>1.SOLTERO</td> <td>2.CASADO</td> <td>3.CONVIVIENTE</td> </tr> <tr> <td>4. VIUDO/A</td> <td></td> <td>5. DIVORCIADO/A</td> </tr> </table>						1.SOLTERO	2.CASADO	3.CONVIVIENTE	4. VIUDO/A		5. DIVORCIADO/A						
1.SOLTERO	2.CASADO	3.CONVIVIENTE																	
4. VIUDO/A		5. DIVORCIADO/A																	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1. PRIMARIA</td> <td>2. SECUNDARIA</td> </tr> <tr> <td>3. SUPERIOR TÉCNICA</td> <td colspan="2">4. SUPERIOR UNIVERSITARIA</td> </tr> </table>							1. PRIMARIA	2. SECUNDARIA	3. SUPERIOR TÉCNICA	4. SUPERIOR UNIVERSITARIA							
	1. PRIMARIA	2. SECUNDARIA																	
3. SUPERIOR TÉCNICA	4. SUPERIOR UNIVERSITARIA																		
LUGAR DE NACIMIENTO	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DISTRITO</td> <td>PROVINCIA</td> <td>DEPARTAMENTO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO						
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO																	
CONDICIÓN RELIGIOSA	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>1. CREYENTE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. NO CREYENTE</td> <td></td> </tr> </table>						1. CREYENTE		2. NO CREYENTE									
1. CREYENTE																			
2. NO CREYENTE																			
OCUPACIÓN	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>1. PROFESIONAL</td> <td>2. NO PROFESIONAL</td> </tr> <tr> <td>3.DESOCUPADO/A</td> <td></td> </tr> </table>						1. PROFESIONAL	2. NO PROFESIONAL	3.DESOCUPADO/A									
1. PROFESIONAL	2. NO PROFESIONAL																		
3.DESOCUPADO/A																			
Ausencia de Dx Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>																		
Ausencia de dolor	<input type="checkbox"/>																		
Diagnóstico de Cáncer: PRONÓSTICO	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>1.Leve</td> </tr> <tr> <td>2.Moderado</td> </tr> <tr> <td>3.Grave</td> </tr> </table>						1.Leve	2.Moderado	3.Grave									
1.Leve																			
2.Moderado																			
3.Grave																			

ANEXO 03

Escala de autovaloración de la depresión

Por el Dr. W.W.K. Zung

Nombre _____

Domicilio _____

	Nunca o Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento abatido y melancólico					
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor					
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar					
4. Duermo mal					
5. Tengo tanto apetito como antes					
6. Aún me atraen las personas del sexo opuesto					
7. Noto que estoy perdiendo peso					
8. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento					
9. Me late el corazón más aprisa que de costumbre					
10. Me canso sin motivo					
11. Tengo la mente tan clara como antes					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento nervioso y no puedo estar quieto					
14. Tengo esperanza en el futuro					
15. Estoy más irritable que antes					
16. Me es fácil tomar decisiones					
17. Me siento útil y necesario					
18. Me satisface mi vida actual					
19. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera					
20. Disfruto de las mismas cosas que antes					
© Dr. W.W.K. Zung (1972)	Puntuación total				

ANEXO 04

Escala de autovaloración de la ansiedad

Por el Dr. W.W.K. Zung

Nombre _____

Domicilio _____

	Nunca o Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre					
2. Me siento atemorizado sin motivo					
3. Me altero o me angustio fácilmente					
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos					
5. Creo que todo está bien y que no va a pasar nada malo					
6. Me tiemblan los brazos y las piernas					
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda					
8. Me siento débil y me canso fácilmente					
9. Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto					
10. Siento que el corazón me late aprisa					
11. Sufro mareos					
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme					
13. Puedo respirar fácilmente					
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de las manos y de los pies					
15. Sufro dolores de estómago o indigestión					
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia					
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes					
18. La cara se me pone caliente y roja					
19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche					
20. Tengo pesadillas					
© Dr. W.W.K. Zung (1970)					Puntuación total

ANEXO 05

Breve cuestionario sobre el estrés*

Instrucciones: Indique, para cada una de las preguntas que sigue, con qué frecuencia ha experimentado el síntoma durante el último mes.

0 = Nunca; **1** = Ocasionalmente; **2** = Con alguna frecuencia; **3** = Frecuentemente; **4** = Casi siempre

- ☐ 1. ¿Se cansa fácilmente? ¿Se siente cansado gran parte del tiempo, aún cuando haya dormido suficientemente?
- ☐ 2. ¿Le causan fastidio otras personas con sus exigencias y lo que cuentan sobre sus actividades diarias? ¿Se siente irritado o impaciente ante inconvenientes mínimos?
- ☐ 3. ¿Siente que se está poniendo cada vez más crítico, clínico o desencantado?
- ☐ 4. ¿Se siente invadido por una tristeza inexplicable? ¿Está llorando más de lo habitual?
- ☐ 5. ¿Está olvidando las citas, las fechas de vencimiento, los efectos personales? ¿Está más distraído?
- ☐ 6. ¿Está viendo con menor frecuencia a sus mejores amigos y a los miembros de su familia? ¿Ha notado que en ocasiones está deseando estar solo y que incluso está evitando a sus íntimos amigos?
- ☐ 7. ¿Le parece que hasta las tareas de rutina le significan un esfuerzo?
- ☐ 8. ¿Esta padeciendo algún trastorno físico, como dolores de estómago o cefaleas, resfrios persistentes, dolores y molestias difusas?
- ☐ 9. ¿Se siente confundido o desorientado cuando finaliza la actividad diaria?
- ☐ 10. ¿Ha perdido interés por las actividades que antes le interesaban o de las que inclusive disfrutaba?
- ☐ 11. ¿Siente escaso entusiasmo por su trabajo? ¿Tiene sentimientos negativos, de inutilidad o de depresión con respecto a su trabajo?
- ☐ 12. ¿Es menos eficaz de lo que piensa que debería ser?
- ☐ 13. ¿Está comiendo más (o menos), fumando más cigarrillos, consumiendo más alcohol o medicamentos para tratar de cumplir con sus tareas?
- ☐ PUNTAJE TOTAL (sume los puntajes asignados a las preguntas 1 al 13)

• Extraído de "The relief worker burnout questionnaire", en *Coping with disaster* (Enfrentando los desastres) un manual preparado para Mental Health Workers without Borders por John H. Ehrenreich, 1999.

ANEXO 06

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

Versión española del Mini-Mental-Status-Examination de Folstein et al 1975. Validado por Lobo et al. 1979

Paciente..... Edad..... N° Historia.....
 Ocupación..... Escolaridad.....
 Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACIÓN

Dígame el día, Fecha, Mes, Estación, Año (5)

Dígame el Hospital (o el lugar), Planta, Ciudad, Prov, Nación (5)

FIJACIÓN

Repita estas 3 palabras: Sol-Caballo-Manzana (3)
 (repetirlas hasta que las aprenda)

CONCENTRACIÓN Y CALCULO

Si tiene 30 soles. Y me va dando de 3 en 3.
 ¿Cuántas le van quedando? (5)

Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)
 Ahora hacia atrás (3)

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase : “ En un trigal había cinco perros” (1)

Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? (1)

¿Qué son un perro y un gato? (1)

Tome este papel con la mano derecha, dóblelo en dos y póngalo encima de la mesa (3)

Lea esto y haga lo que se dice , CIERRE LOS OJOS (1)

Escriba una frase (1)

Copie este dibujo : (1)

